

# **De toepassing van het Neurosequentiële Model van Therapie bij jonge kinderen**

De toepassing van het Neurosequentiële Model van Therapie bij jonge kinderen, die behandeld worden in het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland, vanuit het perspectief van hulpverleners.

**Naam:** Ismay Wolthuisen

**Studentnummer:** S4028384

**Datum:** 7 juli 2023

**Scriptiebegeleider:** Dr. A. G. van Assen

**Tweede beoordelaar:** Dr. A. M. Sluiter-Oerlemans

**Cursus:** Masterthese Orthopedagogiek (PAMA5166)

**Aantal woorden:** 9377

Master Orthopedagogiek

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Titel: De toepassing van het Neurosequentiële Model van Therapie bij jonge kinderen, die behandeld worden in het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland, vanuit het perspectief van hulpverleners.

### **Samenvatting**

Traumatische gebeurtenissen in het leven van een kind hebben invloed op de hersenen en kunnen leiden tot ernstige problemen bij het kind. Uit onderzoek blijkt dat deze kinderen vaak geen adequate hulp ontvangen. Het Neurosequentiële Model van Therapie (NMT), dat kennis vanuit de neurowetenschap gebruikt, kan helpen om adequate hulp te bieden aan deze kinderen. Met het NMT wordt de breinontwikkeling van het kind inzichtelijk en worden er aanbevelingen gedaan voor interventies, die passen bij de huidige breinontwikkeling van het kind. Binnen het Behandel- en Expertisecentrum (BEC) Jonge kind van Jeugdhulp Friesland worden kinderen (tot zeven jaar) met uiteenlopende problematiek behandeld. Het is niet bekend of het NMT aansluit bij de doelgroep van het BEC. Het doel van dit onderzoek is te kijken in hoeverre het NMT aansluit op de doelgroep van het BEC. In dit onderzoek wordt dit aan de hand van semigestructureerde interviews met zes hulpverleners, die werken binnen het BEC, onderzocht. Volgens de hulpverleners geeft het NMT extra informatie over de breinontwikkeling van een kind, wat helpt om in interventies aan te sluiten bij de huidige breinontwikkeling van een kind. Hiermee is ook een goede verantwoording van keuzes in de behandeling mogelijk volgens de hulpverleners. Bovendien helpt het te focussen op stressvermindering en regulatie en het opbouwen van beschermende relaties. De hulpverleners vinden het NMT een goede toevoeging en gaven aan het NMT in te willen zetten bij kinderen met trauma- en hechtingsproblematiek. Echter, zij zouden het NMT minder snel inzetten bij een ontwikkelingsachterstand, een ontwikkelingsstoornis of een andere enkelvoudige vraag.

## **Abstract**

Traumatic events in a child's life affect brain development and can lead to serious problems in a child's life. Research shows that these children often do not receive adequate support. The Neurosequential Model of Therapy (NMT), which uses knowledge from neuroscience, can help to provide adequate help for children, who have experienced traumatic events. The NMT provides insight into the child's brain development and then makes recommendations for interventions appropriate to the child's current brain development. Within the Behandel- en Expertisecentrum (BEC) Jonge kind of Jeugdhulp Friesland, children (up to the age of seven) with a variety of problems are treated. It is unknown whether the NMT fully matches the target group of the BEC. The purpose of this study is to see to what extent the NMT, according to caregivers, matches the target group of the BEC. This study uses semi-structured interviews with six caregivers, working within the BEC, to explore this. According to the caregivers, the NMT provides additional information about a child's brain development, which helps to adapt care provision to children's current brain development. This provides a proper justification for choices in treatment, according to the caregivers. Furthermore, it improves focus on stress reduction and regulation and building protective relationships. The NMT is a good addition according to the caregivers. Caregivers indicated they would like to use the NMT with children with trauma and attachment problems. However, they were less likely to use the NMT with developmental delays, developmental disabilities or other single questions.

## **Achtergrond en wetenschappelijk kader**

De ontwikkeling van een kind is op alle domeinen een complex proces, waarbij veel interacties, zowel intern (bijvoorbeeld de afgifte van neurotransmitter in de hersenen) als extern van het kind (bijvoorbeeld interactie tussen moeder en kind), betrokken zijn (Perry, 2009). Samen creëren deze interacties een uniek persoon, met eigen sterke kanten en zwakheden. Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat het meemaken van extreme ontwikkelingsuitdagingen zoals verwaarlozing, mishandeling of andere traumatische en stressvolle gebeurtenissen in de kindertijd kan leiden tot disfunctie in de kindertijd, maar ook in het verdere volwassen leven (Perry, 2009; Evans et al., 2013; Ippen et al., 2011; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011). Dit komt voort uit het feit dat het kinderbrein verandert onder invloed van traumatische en stressvolle gebeurtenissen. Het kind ontwikkelt namelijk, als gevolg van de stressvolle gebeurtenissen, een verhoogde staat van waakzaamheid en is voortdurend bang voor gevaar. Hierdoor komt de ontwikkeling van sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden in het gedrang (Nederlands Jeugdinstituut, 2018; Knot-Dickscheit & Knorth, 2019; Long, 2022).

Kinderen die deze extreme en negatieve levenservaringen hebben ondergaan, ervaren dus vaak ernstige emotionele, cognitieve en fysiologische problemen (Perry & Hambrick, 2008). Zo zijn deze traumatische en stressvolle gebeurtenissen vaak in verband gebracht met gedragsproblemen, psychiatrische diagnoses, een verminderd cognitief functioneren en slechtere academische prestaties (Ippen et al., 2011). Met name kinderen onder de vijf jaar lopen een hoog risico om disfunctie op verschillende domeinen te ontwikkelen wanneer zij stressvolle en traumatische ontwikkelingsuitdagingen meemaken. Dit komt voort uit het feit dat de eerste vijf jaar van het leven de sleutelperiode vormen voor de hersengroei, de rijping van het stress-responsstelsel, de ontwikkeling van strategieën voor regulatie en hechting aan ouders of andere naasten in het leven van een kind. Het meemaken van traumatische en stressvolle gebeurtenissen in, vooral, de eerste vijf jaar van het leven kan dus deze processen verstoren en blijvende gevolgen hebben voor de rest van de ontwikkeling van het kind (Ippen et al., 2011; Sciaraffa et al., 2018).

Uit de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling (2018) bleek dat naar schatting ongeveer drie procent van alle kinderen in Nederland tussen de nul en zeventien jaar blootgesteld is aan een vorm van kindermishandeling (o.a. seksueel misbruik, fysieke mishandeling, emotionele mishandeling, fysieke verwaarlozing, verwaarlozing van onderwijs en emotionele verwaarlozing) (Alink et al., 2018). Cijfers over andere traumatische en stressvolle gebeurtenissen zijn niet bekend. Veel van de kinderen, die traumatische gebeurtenissen doormaken, krijgen vervolgens geen adequate hulp. Perry (2009) stelt dat de therapie die deze kinderen krijgen vaak niet aansluit bij de huidige breinontwikkeling van het kind, waardoor de therapie vaak niet effectief is. Het is vaak niet effectief om interventies te richten op hersengebieden, die niet de oorzaak zijn van de symptomen bij de kinderen. Daarnaast gebeurt het ook vaak dat een getraumatiseerd kind een uur in de week therapie krijgt, terwijl dit niet genoeg is om de impact van jaren aan trauma te verminderen (Perry, 2009). Een manier om de problemen bij mishandelde

kinderen te begrijpen en vervolgens een passend interventieaanbod te bepalen, is door naar de hersenen te kijken (Perry, 2009; Walter, 2016; Segal & Collin-Vézina, 2019; Herndon & Waggoner, 2021).

Wanneer we meer kennis over de hersenverandering krijgen, kunnen we ook beter begrijpen hoe het brein beïnvloed wordt door negatieve levenservaringen, waardoor we ook mogelijke effectieve interventies voor deze kinderen kunnen ontwikkelen (Perry & Hambrick, 2008). Een model dat uitgaat van deze benadering is het Neurosequentiële Model van Therapie (Neurosequential Model of Therapeutics; NMT) (Perry & Hambrick, 2008). Het Neurosequentiële Model van Therapie is een perspectief van waaruit binnen een behandeling gekeken kan worden en waarbij informatie vanuit de neurowetenschap gebruikt wordt. Binnen de visie van het NMT staat centraal dat de ontwikkelingsfase waarin problemen (negatieve ervaringen) zich bij het kind hebben voorgedaan onderzocht wordt en dat daarbij een passende interventie aangeboden wordt, die aansluit bij de behoeften van het kind (Perry & Hambrick, 2008). Door het toepassen van het perspectief van het NMT is de kans groter dat kinderen die traumatische en stressvolle gebeurtenissen hebben meegemaakt, wel op een effectieve manier geholpen kunnen worden (Perry, 2009).

Het Neurosequentiële Model van Therapie is gebaseerd op een aantal neurologische principes. Het eerste principe is dat de hersenen zich van onder naar boven ontwikkelen en dat de succesvolle ontwikkeling van de hogere hersengebieden afhangt van de succesvolle ontwikkeling van de lagere hersengebieden (Mason et al., 2020). De hersenen bestaan uit verschillende hiërarchische structuren, die allemaal op een verschillend moment en op een verschillend tempo ontwikkelen. Eerst ontwikkelen de laagste delen (hersenslam, tussenhersenen), die in het brein de simpelste, regulerende functies mogelijk maken, bijvoorbeeld hartslag of lichaamstemperatuur. Daarna ontwikkelen de hogere delen (corticale gebieden) van het brein, die de meest complexe functies coördineren, zoals taal en abstract denken. Een goede ontwikkeling van de lagere delen is een voorwaarde voor het goed kunnen ontwikkelen van de hogere delen van het brein (Kolb & Whishaw, 2015). Andersom is het ook zo dat verstoringen van de neurologische ontwikkeling van de basisgebieden, veroorzaakt door bijvoorbeeld extreme ontwikkelingsuitdagingen, een beperking kunnen vormen voor de verdere emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind (Perry, 2009).

Het tweede principe van het NMT is dat de verschillende hersengebieden verschillende functies coördineren, wat voor een clinicus inhoudt dat het mogelijk is om, op basis van deze theorie, in te schatten welke hersengebieden mogelijk onderontwikkeld zijn (Mason et al., 2020).

Het derde principe is dat het gebied binnen de hersenen dat zich aan het ontwikkelen is het meest kwetsbaar is (Mason et al., 2020). Om een kind die extreme ontwikkelingsuitdagingen heeft moeten doorstaan, goed te kunnen behandelen volgens het NMT is het dus van belang om te weten in welke ontwikkelingsfase het kind zich bevond op het moment dat het getraumatiseerd werd. Dezelfde traumatische ervaring kan een kind van achttien maanden bijvoorbeeld heel anders beïnvloeden dan een kind van vijf jaar, omdat er bij beide kinderen heel andere hersengebieden in ontwikkeling zijn (Perry, 2009). Hoe eerder een traumatische ervaring in het leven van een kind plaatsvindt, hoe meer de

ontwikkeling van de verschillende hersengebieden belemmerd wordt (Vandermeulen, Derix & Van Dijke, 2019).

Bij toepassing van het Neurosequentiële Model van Therapie wordt getracht vanuit de theorie over hersenontwikkeling een passend interventieaanbod te bepalen. Binnen dit model wordt een breinmap ingevuld, waarmee als eerste de timing, de aard en de mate van ernst van de ontwikkelingsuitdagingen in kaart wordt gebracht. Daarna wordt het huidige functioneren van het kind in kaart gebracht, waarmee geschat wordt welke hersengebieden verstoord zijn. Ten slotte wordt er een aanbeveling gedaan voor een interventie, die geschikt kan zijn voor het kind. Het doel is dan om interventies in te zetten, die passen bij de huidige ontwikkelingsfase van het kind. Hierbij wordt begonnen met de laagste hersengebieden, waarin verstoringen zijn, en dan verder naar de hogere hersengebieden, wanneer er sprake is van verbeteringen (Perry, 2009).

Ondanks dat het Neurosequentiële Model van Therapie recent is ontwikkeld, zijn er wel enkele onderzoeken geweest die de effectiviteit van het model hebben aangetoond. Barfield et al. (2012) hebben een quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd en het NMT toegepast binnen de context van een therapeutische kleuterschool. Zij concludeerden dat de sociaal-emotionele ontwikkeling van de deelnemende kleuters was verbeterd (Barfield et al., 2012). Hansen (2011) zette op het NMT gebaseerde activiteiten in bij zes getraumatiseerde jongens (van 9-12 jaar) en vond hieruit dat zij aan het einde van de behandeling minder probleemgedrag vertoonden dan de jongens uit de controlegroep (Hansen, 2011).

De organisatie Jeugdhulp Friesland, die specialistische hulp aanbiedt aan kinderen en jongeren, heeft het Neurosequentiële Model van Therapie geïntroduceerd binnen haar afdeling Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind (BEC), met als doel om het NMT in te zetten in de behandeling van kinderen binnen het BEC. Vanuit de literatuur zijn er dus enige dingen bekend over de effectiviteit en doelgroep van het NMT, maar het is nog onduidelijk of het NMT ook aansluit bij de doelgroep van zeer jonge kinderen met uiteenlopende problematiek. Dit onderzoek tracht dat te verhelderen. Binnen het BEC ontvangen kinderen (tot 7 jaar) met uiteenlopende problematiek, en hun ouders, specialistische hulp. In dit behandelcentrum worden kinderen opgenomen, die een combinatie van de volgende, via diagnostiek vastgestelde, problemen hebben: achterstanden of verstoringen op ontwikkelingsgebieden, gedragsproblemen, (vermoedens van) een ontwikkelingsstoornis, hechtingsproblematiek en medisch-somatische problemen. Het is echter nog onduidelijk bij welke doelgroep de hulpverleners, die werkzaam zijn binnen het BEC, het NMT zouden inzetten en in hoeverre zij vinden dat het NMT een bijdrage zal leveren aan de behandeling van kinderen binnen het BEC. Dit onderzoek zal zich daarom richten op de toepassing van het NMT binnen het BEC vanuit het perspectief van de hulpverleners, die werkzaam zijn binnen het BEC.

## **Doelstelling en deelvragen**

Voordat het perspectief van het NMT ingezet kan worden in de behandeling van de kinderen die behandeld worden binnen het BEC is het van belang om in kaart te brengen in hoeverre de theorie, de doelen en de werkwijze van het NMT aansluiten bij de kinderen van het BEC (Daamen & Ince, 2014). Het doel van dit onderzoek is daarom inzicht te verkrijgen in de visie van hulpverleners op het Neurosequentiële Model van Therapie en de manier waarop dit model ingezet kan worden bij de doelgroep van het BEC.

De onderzoeksvragen die getracht worden met dit onderzoek te beantwoorden, luiden:

1. Welke problemen ervaren de kinderen, die behandeld worden binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland volgens de hulpverleners? 0
2. In hoeverre sluit het Neurosequentiële Model van Therapie volgens hulpverleners aan op de kinderen die behandeld worden binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind?
3. Hoe kan het Neurosequentiële Model van Therapie volgens hulpverleners bijdragen aan de behandeling van kinderen voor wie het Neurosequentiële Model van Therapie toepasbaar is?

## **Methode**

### **Design**

Dit onderzoek is een kwalitatief interviewonderzoek. In dit onderzoek werd bij zes behandelaren, die binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland werkzaam zijn, een semigestructureerd interview afgenomen. Aan de hand van kwalitatieve inhoudsanalyse is in dit onderzoek inzicht verkregen in de toepassing van het NMT binnen de doelgroep van het BEC, vanuit het perspectief van de hulpverleners van het BEC.

### **Populatie en steekproef**

De doelpopulatie voor dit interviewonderzoek bestond uit alle behandelaren die werkzaam zijn binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland. In de maanden april en mei van het jaar 2023 zijn participanten voor dit onderzoek geworven vanuit alle locaties van het BEC van Jeugdhulp Friesland. De behandelaren die mee konden werken aan dit onderzoek moesten voldoen aan de volgende criteria:

- Werkzaam zijn als behandelaar binnen het BEC;
- Beschikbaar zijn in de maanden april of mei 2023 om geïnterviewd te kunnen worden;
- De pilot over het Neurosequentiële Model van Therapie, die gegeven is binnen het BEC, gevolgd hebben.

Omwillen van de beperkte wervingsperiode is gebruik gemaakt van een gemakssteekproef. Uiteindelijk zijn er zes behandelaren, die binnen het BEC werken en die de pilot over het NMT hebben gevolgd, geïnterviewd in de maand mei.

### **Instrument**

Voor dit onderzoek werd bij zes behandelaren een semigestructureerd interview afgenomen. Dit interview richtte zich op de problematiek van kinderen die behandeld worden binnen het BEC, op de problematiek bij wie de hulpverleners het NMT in zouden zetten en op welke manier het NMT een bijdrage kan leveren aan de behandeling van deze kinderen binnen het BEC. Het interview begon met de vraag welke functie de participant binnen het BEC uitoefende. Vervolgens ging het over de problematiek van de kinderen die behandeld worden binnen het BEC. De vraag die hierbij gesteld werd, luidt: ‘Waar krijgen kinderen en ouders hulp voor binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind?’ Ook werd de vraag gesteld welke problematiek het meest voorkomt volgens de respondenten. Daarna werd binnen het interview de overstap gemaakt naar het Neurosequentiële Model van Therapie en werd onder andere de vraag gesteld: ‘Welke kinderen met welk soort problematiek zouden in aanmerking komen voor een behandeling vanuit de lens van het NMT?’. Vervolgens ging het in het interview over de bijdrage die het NMT kan leveren in de behandeling van de kinderen binnen het BEC. Daarbij werd onder andere de vraag gesteld: ‘Wat zijn de praktische voordelen van het NMT?’ De interviews duurden gemiddeld dertig minuten.

### **Procedure**

Voor de start van dit onderzoek heeft de ethische commissie Pedagogische Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Groningen haar goedkeuring gegeven. Vervolgens werden zes behandelaren geselecteerd om mee te werken aan dit onderzoek. De hulpverleners zijn benaderd via een gedragswetenschapper, die werkzaam is binnen het BEC. Via deze gedragswetenschapper konden de e-mailadressen van zes hulpverleners, die hadden deelgenomen aan de pilot over het NMT van Jeugdhulp Friesland, verkregen worden. Deze zes behandelaren werden daarna benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan dit onderzoek. Na een akkoord zijn er afspraken ingepland voor de afname van de semigestructureerde interviews. Voorafgaand aan het interview moesten alle respondenten een toestemmingsformulier tekenen. De gegevens van de participanten werden volledig anoniem verwerkt. Ook werkten de participanten volledig vrijwillig mee aan dit onderzoek. Van alle interviews werden ook audio-opnames gemaakt, die na afronding van het onderzoek tien jaar beveiligd opgeslagen worden in overeenstemming met het Data Management Protocol van de Rijksuniversiteit Groningen.

### **Analyse**

Nadat de interviews afgenomen zijn, zijn de interviews getranscribeerd en, aan de hand van een kwalitatieve inhoudsanalyse, gecodeerd. Er is gebruik gemaakt van de Constant Comparative Method

(CCM), waarbij via een constante vergelijkende methode interviews systematisch gecodeerd kunnen worden (Boeije, 2002). Voor dit proces is gebruik gemaakt van het programma ATLAS.ti. Voorafgaand aan de inhoudsanalyse zijn er geen categorieën opgesteld. Er is op een inductieve manier gecodeerd. Bij de analyse van het eerste interview zijn voor de onderzoeksvragen relevante fragmenten open gecodeerd. Hierbij zijn codes toegekend aan fragmenten over de problematiek van kinderen uit het BEC. Voorbeelden hiervan zijn: ‘hechtingsproblematiek’ en ‘ASS’. En ook zijn er codes toegekend aan fragmenten over de aansluiting van het NMT bij de behandeling van de kinderen uit het BEC. Voorbeelden hiervan zijn: ‘betere aansluiting bij breinontwikkeling i.p.v. kalenderleeftijd’ en ‘NMT geeft informatie over kind’. Na de analyse van het eerste interview is een eerste codeboom ontstaan. Vervolgens zijn aan de hand van de Constant Comparative Method de fragmenten met verschillende codes uit het eerste interview vergeleken met fragmenten uit de andere interviews om tot een uiteindelijke codering te komen. De codeboom is hiermee ook uitgebreid. Na de analyse van alle interviews werd er een axiale codering toegepast, waarbij de codes die ongeveer hetzelfde bedoelden of bij elkaar pasten samengevoegd werden. Daarna werden er door middel van selectieve codering overkoepelende thema’s toegekend aan de clusters van codes. Enkele thema’s zijn bijvoorbeeld: ‘focus op breinontwikkeling’ en ‘verdiepende informatie over kind’. In de resultaten zijn de kenmerken van de kinderen uit het BEC en de aansluiting van het NMT bij deze kinderen gerapporteerd. Hiermee konden de verschillende deelvragen beantwoord worden. Omwille van de tijd is er slechts een enkele codering gedaan, maar de codering is wel besproken met en geaccordeerd door de begeleider.

## **Resultaten**

Voor dit onderzoek zijn zes behandelaren geïnterviewd, die allemaal werkzaam zijn binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland. In Tabel 1 is inzichtelijk gemaakt welke functie elke respondent binnen het BEC heeft. In de resultaten wordt naar de betreffende respondentnummers verwezen.

**Tabel 1**

*De respondenten en hun functies binnen het BEC*

Respondent	Functie
1	Gedragwetenschapper
2	Orthopedagogisch begeleider ouder-kind groep
3	Gedragwetenschapper
4	Speltherapeut
5	Orthopedagogisch begeleider dagbehandeling
6	GZ-psycholoog

Alle geïnterviewde hulpverleners vertelden over de problematiek van de kinderen die behandeld worden binnen het BEC. Ook hebben zij allemaal hun ervaringen met en visie op de aansluiting van het Neurosequentiële Model van Therapie bij de behandeling van kinderen, binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland, gedeeld. Eerst wordt de uiteenlopende problematiek van de kinderen, die behandeld worden binnen het BEC, uiteengezet. Vervolgens komt aan bod bij welke doelgroep de hulpverleners het NMT in zouden zetten. En ten slotte wordt besproken welke bijdrage het NMT volgens hulpverleners levert aan de behandeling van kinderen binnen het BEC.

### **Problematiek van kinderen die behandeld worden binnen het BEC van Jeugdhulp Friesland**

Uit alle interviews kwam naar voren dat er binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland een breed scala aan problematiek bij kinderen in de leeftijd van nul tot zes jaar behandeld wordt. *'In de regel is het eigenlijk zo dat kinderen vaak vastlopen in hun ontwikkeling en dat kan op allerlei gebieden zijn. Sommige kinderen lopen op alle gebieden bijvoorbeeld wat achter, sommige kinderen hebben wat specifiekere problemen.'* (1).

Ondanks dat het BEC Jonge kind een enorme diversiteit aan problematiek behandelt, onderscheiden de hulpverleners wel diverse vormen van problematiek. De respondenten gaven aan dat dit onder te verdelen is in trauma- en hechtingsproblematiek (1, 2, 3, 4, 5 en 6), regulatieproblematiek (1, 2, 3, 4, 5 en 6), problematiek rondom een autismespectrumstoornis (1, 2, 3, 4, 5, 6) of andere ontwikkelingsstoornissen (3), een algemene ontwikkelingsachterstand (1, 2, 3, 5 en 6) of een achterstand op één ontwikkelingsgebied zoals een spraak-/taalachterstand en specifieke, kleinere problematiek (1, 2, 3, 5 en 6).

### **Aansluiting van het NMT bij de kinderen uit het BEC van Jeugdhulp Friesland**

#### ***Problematiek waarbij het NMT wel ingezet zou worden door de respondenten***

Vijf respondenten (2, 3, 4, 5 en 6) gaven aan dat trauma- en hechtingsproblematiek vaak voorkomt onder kinderen, die behandeld worden binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind. Zij geven aan dat een kind om heel verschillende redenen getraumatiseerd of onveilig gehecht geraakt kan zijn. De respondenten gaven hier voorbeelden van. Het kind kan ingrijpende levensgebeurtenissen meegemaakt hebben, zoals misbruik of verwaarlozing, waardoor het kind veel stress heeft moeten ervaren (2, 3 en 5). Het kan ook zijn dat de ouders van het kind onvoldoende responsiviteit richting het kind getoond hebben, waardoor het kind onveilig gehecht is geraakt (5). Een respondent geeft hier een voorbeeld van:

*‘Als een moeder tijdens de zwangerschap in een depressie zit of vanaf het moment dat het kind geboren wordt niet reageert op de signalen die de baby aan de ouder geeft, dan beginnen langzaam de tekenen van hechtingsproblematiek zich voor te doen.’ (Respondent 5).*

De respondenten 2, 5 en 6 geven aan dat die trauma- en hechtingsproblematiek bij ieder kind op een heel andere manier tot uiting kan komen. Verder geven drie respondenten (1, 3 en 4) aan dat er binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind ook veel kinderen worden behandeld, die regulatieproblemen hebben en niet op een adequate manier op hun omgeving kunnen reageren. Volgens de respondenten kunnen deze kinderen bijvoorbeeld excessief huilen, eetproblemen hebben, niet goed slapen of externaliserend probleemgedrag vertonen (1, 2, 3 en 4). Volgens respondent 5 kan het ook zijn dat ouders door een handelingsverlegenheid snel toegeven aan de behoeftes van hun kind, waardoor het kind leert dat het door externaliserend gedrag te vertonen zijn zin krijgt. Deze respondent geeft hiervan een voorbeeld:

*‘Deze kinderen hebben ouders die handelingsverlegen zijn. Dus als het kind thuis zegt: ‘Ik wil nu snoep hebben’ en de ouder zegt: ‘Dat kan nu niet’. (...) Het kind gaat dan in de weerstand en omdat ouders van dat soort gedrag verlegen raken: hij wordt boos op mij; ik wil niet dat hij boos is op mij. Oké, dan geef ik hem dat, want dan is hij rustig. (...) Het kind krijgt datgene dat hij geëist heeft, dus de volgende keer weet hij: Oké, als ik dit gedrag vertoon, krijg ik het weer.’ (Respondent 5).*

Alle respondenten gaven aan dat zij het Neurosequentiële Model van Therapie voornamelijk in zouden zetten bij deze kinderen met trauma- en/of hechtingsproblematiek en bij ernstige ontregeling, waarbij het een kind niet lukt om op een adequate manier op zijn omgeving te reageren. Respondent 3 gaf aan dat bij deze kinderen vaak heel veel gebeurd is in hun vroege leven, dus de hulpverleners zijn zelf dan vaak zoekende naar de beste behandeling voor zo’n kind. Alle hulpverleners gaven aan dat zij dan niet primair met interventies aan willen sluiten bij de kalenderleeftijd van het kind, omdat dit waarschijnlijk niet gaat helpen bij een kind met trauma- en/of hechtingsproblematiek, maar belangrijker is het dan om bijvoorbeeld de voortdurende ontregeling (1) aan te pakken. Volgens alle respondenten helpt het dan om het NMT in te zetten bij deze kinderen, aangezien de volledige breinontwikkeling van een kind inzichtelijk wordt en het ook duidelijk wordt waarop er in interventies ingestoken dient te worden. Respondent 3 gaf het volgende antwoord op de vraag wanneer het NMT ingezet zou worden door haar:

*‘Ja, nu met name als we echt denken: hier is zoveel gebeurd en we zoekende zijn: hoe kunnen we dit kindje zo goed mogelijk helpen? (...) Wat moeten we op de groep wel of niet vragen? (...) Wat moeten we doen om iets meer die stress naar beneden te krijgen? Dat geeft dan inzicht. Dus*

*vooral als er het vermoeden is dat er sprake is van een trauma en we zoekende zijn: hoe kunnen we dit gezin zo goed mogelijk helpen?’ (Respondent 3)*

Ook brengt respondent 1 ter sprake dat het NMT traumasensitiviteit toevoegt aan de behandeling. Volgens haar neem je met het NMT het trauma in het leven van een kind mee en laat je het een volwaardig onderdeel van de behandeling zijn, waardoor het NMT dus een goede lens is om in te zetten bij een kind met traumaproblematiek.

Drie respondenten (1, 5 en 6) gaven aan dat het Neurosequentiële Model van Therapie in principe bij elk kind, met elke soort problematiek, ingezet kan worden. Desondanks gaven alle respondenten aan dat zij het NMT zelf niet bij elke vraag in zouden zetten. Een respondent geeft aan dat het soms namelijk wel veel tijd kost om een breinmap in te vullen, maar dat het vervolgens geen extra informatie oplevert en dus zouden de respondenten er niet voor kiezen om het NMT dan in te zetten.

*‘Ik denk dat er weinig kinderen zijn waarbij je het niet zou kunnen inzetten. Je doet het alleen misschien minder snel als er geen hele ingrijpende levensgebeurtenissen zijn geweest. Dan kun je het wel invullen. De vraag is dan: Wat levert het je dan aan meer informatie op of zo?’ (Respondent 1)*

### ***Problematiek waarbij het NMT niet ingezet zou worden door de respondenten***

Hulpverleners benoemden eveneens een aantal doelgroepen waarbij zij doorgaans het NMT niet in zouden zetten. Verder gaven alle respondenten aan dat het vaak voorkomt dat er bij een kind, die behandeld wordt binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind, een autismespectrumstoornis is gediagnosticeerd of dat er vermoedens zijn van een autismespectrumstoornis. Dit zijn bijvoorbeeld kinderen, waarvan ouders aangeven dat ze moeilijk contact met hun kind kunnen krijgen (1). Zo’n autismespectrumstoornis kan zich ook bij ieder kind op een andere manier uiten, zoals ook één van de respondenten aangaf:

*‘Is er sprake van autisme? (...) En daar hangt dan wat omheen, dat het kinderen zijn die vaak nog niet goed praten, motorisch soms nog heel onhandig zijn of wat achter lijken te lopen of dat er in de prikkelverwerking bijzonderheden zijn, dus in de manier waarop ze zintuiglijke informatie verwerken. (...) dat hangt ook wel wat aan die regulatieproblemen, dat kinderen heel fors kunnen reageren (...) of dus kinderen die eigenlijk wat in hun eigen wereld zitten en die ze er moeilijk uit kunnen krijgen en achter blijven lopen.’ (Respondent 1).*

Volgens respondenten 1 en 5 hebben deze kinderen vaak baat bij een hoge mate van structuur en duidelijkheid. De respondenten gaven aan dat ook kinderen met andere ontwikkelingsstoornissen behandeld kunnen worden binnen het BEC (zoals ADHD).

Bovendien noemden alle respondenten (met uitzondering van respondent 4) dat binnen het BEC van Jeugdhulp Friesland kinderen behandeld worden, die een algemene ontwikkelingsachterstand hebben en op alle ontwikkelingsgebieden achterlopen. Zij lopen bijvoorbeeld zowel op sociaal-emotioneel vlak, als op motorisch vlak als binnen de spraak-/taalontwikkeling achter (5). En ook kinderen die een achterstand hebben binnen één domein, bijvoorbeeld alleen op spraak-/taalgebied of motorisch gebied, kunnen binnen het BEC geholpen worden (3 en 6).

Ten slotte zijn er nog allerlei andere specifieke problemen waarmee kinderen geholpen kunnen worden binnen het Behandel- en Expertisecentrum, zoals faalangst, het verwerken van de echtscheiding van de ouders of het zoeken naar passend onderwijs (4).

Over de toepassing van het NMT bij deze problematiek gaf respondent 5 aan dat zij het NMT minder snel in zou zetten bij kinderen die in het BEC binnenkomen met een algehele ontwikkelingsachterstand. Als deze kinderen namelijk binnenkomen, is het volgens haar al bekend dat zij op een lager niveau functioneren dan eigenlijk zou moeten volgens hun kalenderleeftijd en dus wordt er al een andere soort behandeling ingezet. Volgens verschillende respondenten (1, 3 en 5) zou het NMT ook niet snel ingezet worden wanneer kinderen binnenkomen en er een vrij enkelvoudig probleem is rondom het kind, zoals het zoeken naar passend onderwijs of een probleem in de spraak-/taalontwikkeling. Ook geven twee respondenten (1 en 3) aan dat ze het NMT niet zo snel in zouden zetten bij ASS-problematiek of een andere ontwikkelingsstoornis (zoals ADHD), voornamelijk omdat er al voldoende handvaten en materialen beschikbaar zijn om deze kinderen goed te kunnen helpen. Wanneer er dus voldoende handvaten zijn om met een kind om te gaan en het kind goed mee kan komen in het normale dagprogramma binnen de groep wordt er door de respondenten (1, 3 en 5) minder waarde gehecht aan het inzetten van het Neurosequentiële Model van Therapie.

### **De toegevoegde waarde van de toepassing van het Neurosequentiële Model van Therapie aan de behandeling van de kinderen in het BEC**

Het Neurosequentiële Model van Therapie biedt volgens de respondenten op zes centrale aspecten een toegevoegde waarde. Ten eerste geeft het NMT, volgens de respondenten, verdiepende informatie over het kind. Ten tweede helpt het NMT, volgens de respondenten om interventies aan te sluiten op de huidige breinontwikkeling van het kind. Ten derde helpt het NMT, volgens de respondenten, om in de behandeling van een kind te focussen op regulatie, stressvermindering, relaties en veiligheid. Ten vierde heeft het NMT aan de respondenten inzicht gegeven in het belang om veel aandacht voor het individuele kind te hebben. Ten vijfde heeft het NMT voor een aantal veranderingen binnen het BEC gezorgd, aldus de respondenten. En ten slotte vonden de respondenten dat er met de toepassing van het NMT een betere verantwoording van de keuzes in de behandeling mogelijk is.

### ***Verdiepende informatie over kind***

Vier respondenten (1, 2, 3 en 6) gaven aan dat het gebruik van het Neurosequentiële Model van Therapie in de behandeling van een kind meer informatie over het kind oplevert. Bij toepassing van het NMT wordt namelijk de volledige breinontwikkeling van het kind in kaart gebracht en wordt inzichtelijk gemaakt welke delen van het brein goed ontwikkeld zijn en welke delen van het brein nog onvoldoende ontwikkeld zijn. De vier respondenten (1, 2, 3 en 6) gaven aan dat dit een manier is om breder te kijken naar een kind, want naast een gewone ontwikkelingsanamnese, die over een kind bij de intake gemaakt wordt, wordt nu ook de volledige breinontwikkeling inzichtelijk, wat volgens deze respondenten meer informatie over het kind oplevert. Respondent 1 noemt dat het NMT informatie geeft over het effect dat de traumatische gebeurtenis op het brein van het kind heeft gehad. Ook noemt een respondent (3) dat de toepassing van het Neurosequentiële Model van Therapie veel informatie heeft gegeven over wat stress met het brein doet. Volgens de vier respondenten (1, 2, 3 en 6), die aangaven dat het NMT meer informatie over een kind oplevert, is het uiteindelijk duidelijker wat een kind nodig heeft in de behandeling, namelijk een aansluiting van de behandeling bij de huidige breinontwikkeling van het kind. Een van de respondenten gaf hiervan een voorbeeld:

*'Ik had een jongen op mijn behandelgroep en die was al vijftien, maar die had bijvoorbeeld poep- en plasproblemen en die was heel getraumatiseerd (...) En bij hem heb ik bijvoorbeeld een matrix [breinmap] gemaakt, omdat ik dacht: ja, ik wil gewoon veel meer scherp krijgen: waar zitten nou de problemen bij dit kind als je kijkt naar die ernstige verwaarlozing en traumatisering? (...) En toen kwam ik er bijvoorbeeld achter dat deze moeder een heel groot gedeelte van zijn leven depressief is geweest en dat zij niet in staat was om voldoende voor hem te zorgen (...) dus door die matrix samen in te vullen, kreeg ik wel nieuwe informatie. Maar tegelijkertijd krijg je vanuit die matrix een antwoord, waar je op in moet steken in je behandeling. (...) En je zag in de regulatie een hoop problemen naar voren komen, dus het geeft ook richting.'* (Respondent 6)

### ***Focus op aansluiting bij breinontwikkeling***

Een tweede toepassing van het NMT binnen het BEC die benoemd werd door alle respondenten is dat er beter aangesloten kan worden bij de breinontwikkeling van het kind wanneer binnen een behandeling gekeken wordt vanuit het perspectief van het Neurosequentiële Model van Therapie dan wanneer binnen de behandeling niet gekeken wordt vanuit het perspectief van het NMT. Alle respondenten geven aan dat zij zonder de toepassing van het NMT sneller geneigd zouden zijn om in de behandeling een beroep te doen op de cognitieve of relationele delen van het brein, terwijl het kind daar nog niet aan toe is.

*'Ik denk dat ik dan wellicht nog iets beter.. In sommige gevallen nog iets beter aansluit bij waar een kind echt zit. (...) Dat we toch nog heel snel een beroep doen op het relationele aspect, terwijl kinderen daar nog niet zitten.. dat we dat scherper voor de bril hebben.'* (Respondent 1).

Alle respondenten gaven aan dat, bij toepassing van het NMT, de volledige breinontwikkeling van een kind inzichtelijk wordt en dat het daarmee duidelijk wordt welke hersendelen goed of juist onvoldoende ontwikkeld zijn. En als gevolg van de inzichtelijk gemaakte breinontwikkeling, gaven drie respondenten (1, 2 en 3) aan dat zij ook een andere behandeling bij een kind inzetten, die aansluit bij de huidige breinontwikkeling van een kind. Zo gaven respondenten 2 en 3 aan dat er meer gefocust wordt op het versterken van de buffers en beschermende relaties rondom het kind. En respondenten 2, 3 en 6 gaven aan dat er bij het kind meer gefocust wordt op regulatie en het inzetten van herhalende en regulerende activiteiten. Alle respondenten gaven aan dat ze, als gevolg van het toepassen van het NMT, bewuster zijn geworden van het feit dat de hersenen opgebouwd zijn uit lagere en hogere hersenfuncties en dat een goede ontwikkeling van de lagere hersenfuncties een voorwaarde vormt voor de ontwikkeling van de hogere hersenfuncties. Daarmee zijn zij ook gaan begrijpen dat het niet altijd mogelijk is om met interventies aan te sluiten bij de hogere cognitieve niveaus in het brein van het kind, maar dat het soms beter is, aldus de zes respondenten, om ervoor te zorgen dat lagere hersenfuncties zich eerst ontwikkelen en om dus met interventies daarbij aan te sluiten (bijvoorbeeld eerst emoties onder controle te krijgen of een relatie opbouwen). Anders gezegd hebben alle respondenten, sinds de toepassing van het Neurosequentiële Model van Therapie, zich gerealiseerd dat interventies soms aan dienen te sluiten bij de breinontwikkeling en niet altijd bij de kalenderleeftijd van een kind. Een respondent gaf hiervan een voorbeeld:

*'(...) en we kwamen er gewoon achter dat hij nog heel veel nabijheid nodig heeft en dat dat eerst verder moet ontwikkelen, voordat we meer van hem kunnen vragen. Dus je gaat ook je doelen voor de behandeling bijstellen, want we kunnen niet verwachten dat hij na negen maanden dit en dit en dit kan, want dat zit veel meer in die hogere cognitieve ontwikkelingsgebieden en daar zijn we nog helemaal niet. Je steekt op een heel ander niveau in (...)'* (Respondent 3).

Alle respondenten gaven dus aan dat, als gevolg hiervan, er bij de toepassing van het perspectief van het NMT, een andere behandeling ingezet zou worden dan anders het geval zou zijn, zonder het perspectief van het NMT.

### ***Focus op regulatie, stressvermindering, relaties en veiligheid***

Ten derde gaven alle respondenten aan dat er verschillende elementen binnen een behandeling verschillen wanneer het perspectief van het NMT toegepast wordt ten opzichte van een behandeling

waarin dat perspectief niet wordt toegepast. Het NMT helpt om in de behandeling eerst te focussen op regulatie, stressvermindering, beschermende relaties en veiligheid.

Drie respondenten (1, 2 en 3) gaven aan dat ze, vóór de introductie van het NMT, ook wel regulerende activiteiten inzetten bij kinderen, maar dat ze hierin, sinds de introductie van het NMT, nieuwe ideeën in hebben gekregen. Alle respondenten gaven aan dat uit het NMT-rapport vooral aanbevelingen voor regulerende activiteiten volgen, die ervoor kunnen zorgen dat de hoge mate van stress bij een kind afneemt en dat een kind zichzelf leert reguleren, alvorens er gewerkt kan worden aan bijvoorbeeld cognitieve doelen. Deze regulerende activiteiten zijn bijvoorbeeld activiteiten als schommelen (1 en 2), in bad gaan (5) of fysiek contact als gewiegd worden (2), afhankelijk van waar de behoefte van het kind ligt. Twee respondenten (5 en 6) vertelden dat ook het hele dagprogramma omgegooid wordt als dit nodig is voor het kind, waarbij het belangrijkste is om het kind gereguleerd de dag door te laten komen. Drie respondenten (1, 2 en 5) gaven aan dat hierbij vaak ook één-op-één begeleiding wordt aanbevolen.

*'(...) dat we bij het ene jongetje wel hebben gezegd: daar moet dus ook echt één-op-één begeleiding zijn en we dat beter konden verantwoorden waarom we dat deden. Dus omdat er gewoon heel veel mis was gegaan bij de start. Diegene had ook wel meegedacht over regulerende activiteiten, dus dat we een speciaal dagprogramma hadden: hoe zorgen we ervoor dat het kind gereguleerd de dag doorkomt? (...) En bij het andere jochie eigenlijk ook, daar was het ook gericht op regulerende vaardigheden. Hoe zorg je dat het kind gereguleerd de dag doorkomt? Dan helpt het dus wel om te kijken van waar zie het kind en aan welke interventies kun je denken?'* (Respondent 1)

De aanbevelingen voor interventies die uit het NMT-rapport volgen, zijn vooral gericht op stressvermindering en regulatie, maar volgens respondent 6 ook op het bieden van veiligheid en structuur en volgens respondenten 3, 4 en 6 op het uitbreiden van de beschermende relaties rondom een kind. Respondent 6 geeft aan dat een kind in een veilige en duidelijke omgeving veel meer tot rust kan komen en tot ontwikkeling kan komen. *'En een stuk veiligheid en een veilige omgeving bieden, waar hij echt tot rust kan komen, waar hij zichzelf kan zijn, veel structuur, duidelijkheid.'* (6). Volgens de respondenten 3, 4 en 6 kan ook het uitbreiden van de beschermende relaties rondom een kind ervoor zorgen dat een kind stress vermindert en beter tot ontwikkeling komt.

*'(...) en die beschermende relaties eigenlijk eerst uitgebreid moeten worden, voordat je waarschijnlijk ook het effect van de behandelgroep gaat zien op de ontwikkeling van het kindje. Dat is natuurlijk wel waardevolle informatie; daar geeft zo 'n NMT-rapport echt wel even extra informatie over.'* (Respondent 3).

### ***Aanpassingen in werkstructuur van het BEC***

Eveneens gaven alle respondenten aan dat er, sinds de introductie van het NMT binnen Jeugdhulp Friesland meer algemene elementen binnen de behandelgroepen van het Behandelen- en Expertisecentrum Jonge kind zijn veranderd. Zo gaf respondent 3 aan dat ze er meer bewust van geworden was dat het opbouwen van een goede relatie, niet alleen met figuren uit de omgeving van een kind, maar ook met hulpverleners binnen het BEC belangrijk is. Hierdoor is er een einde gemaakt aan de vele wisselingen van gedragswetenschappers binnen het BEC.

*'Wat wij bijvoorbeeld hebben gedaan is: een vaste gedragswetenschapper aan elke behandelgroep gekoppeld, zodat je als gw'er alle kinderen op dezelfde groep hebt. Vroeger had je alles door elkaar en had een groep ook te maken met soms wel vier of vijf regiebehandelaren. Vanuit de NMT-gedachte dachten we wel: als die relatie zo belangrijk is, moeten we daarmee beginnen om in ieder geval meer hetzelfde gezicht, zodat je ook meer een band met elkaar opbouwt en vanuit daar elkaar ook gewoon beter kan reguleren.'* (Respondent 3)

Respondent 5 gaf aan dat het dagprogramma voor alle kinderen op de behandelgroep ook veranderd is. Er zijn meer regulatiemomenten ingebouwd sinds de introductie van het NMT meer bewustwording heeft gecreëerd rondom het belang van regulatie.

*'In ons dagprogramma hebben we nu ook vaste regulatiemomenten ingebouwd, dus bijvoorbeeld als wij van het vrij spelen buiten naar binnen toe gaan, dan in principe stond dan altijd eerst op het programma dat we direct door gingen naar een speelgang toe. Maar dat zijn twee enorm sterke prikkels, waardoor de overgang voor kinderen heel erg lastig is. Dus we hebben ervoor gekozen, omdat we zagen dat daar de meeste overprikkeling in voorkwam (...) dat we eerst alle kinderen aan tafel zetten en dat we hen een fidgetmand geven. (...) Gewoon iets zeg maar wat ze motorisch vast kunnen houden en wat hen af kan leiden in de hersenen om even een rustmoment te hebben en dan, na tien minuten, pas de overgang verder te maken naar de volgende toch wel extreme prikkel van weer een enorme vrijheid qua spelen. (...) Je ziet echt wel dat de kinderen dan weer even tot rust komen en het dan beter kunnen hebben dat ze de slossen aan moeten doen en naar een speelgang toe gaan.'* (Respondent 5)

Wel brachten drie respondenten (3, 5 en 6) ter sprake dat de kennis over het Neurosequentiële Model van Therapie nog meer uitgebreid zou moeten worden binnen het BEC van Jeugdhulp Friesland. Nu hebben alle respondenten een uitgebreide training gevolgd, maar zij merken wel dat de kennis toch wel snel weer wegzakt en dat er ook nog niet voldoende handvaten beschikbaar zijn. Zij zouden allemaal willen dat het gebruik van het NMT nog meer uitgerold wordt binnen de organisatie.

### ***Meer aandacht voor relatie met kind en onderliggende factoren van gedrag***

Niet alleen zijn er concreet dingen in de werkstructuur veranderd binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind, maar ook gaven de respondenten aan dat de manier van denken over een kind op sommige vlakken veranderd is. Sommige respondenten (5 en 6) zijn er bewuster van geworden dat een kind soms wat meer aandacht nodig heeft en dat er wat langer stilgestaan moet worden bij het kind en zijn problematiek. *'Je wilt eigenlijk heel snel in het werk. Je wilt ze (...) troosten en weer verder. Maar ook dat we echt wel geleerd hebben dat de basale behoefte soms groter is, dat je een kind wat langer moet wiegen.'* (5). Ook gaven de respondenten 1, 2, 4 en 5 aan dat ze nu soms meer nadenken over de achtergrond van complex gedrag bij een kind en de factoren die mogelijk in de toekomst veranderd zouden kunnen worden om dit complexe gedrag te beperken, terwijl er vóór de introductie van het NMT minder stilgestaan werd bij de herkomst van bepaald gedrag bij een kind. *'Dat je wel op een andere manier gaat kijken van: hij was boos; wat was er anders voor hem op dat moment? Hoe zat hij erbij? Wat voor signalen liet hij zien? Zat ik er wel lekker bij?'* (2). Bovendien gaf respondent 3 aan dat er nu wel bewuster nagedacht wordt over het afnemen van bijvoorbeeld een intelligentietest bij een kind dat heel veel stress heeft.

*'En bijvoorbeeld ook wel veel bewuster, heel concreet aan het nadenken zijn: wanneer neem je bijvoorbeeld een intelligentietest af en wanneer niet? En welke informatie geeft dat dan? Dat je er wel je vraagtekens bij moet zetten: wat meet je als een kind ontzettend veel stress heeft en je dan een test gaat afnemen?'* (Respondent 3)

Eveneens gaven drie respondenten (2, 3 en 5) aan dat ze zich, sinds de introductie van het NMT, er veel meer van bewust zijn dat het als hulpverlener ook van belang is om gereguleerd te zijn op het moment dat een kind moet worden geholpen te reguleren. Deze respondenten denken er nu veel meer over na wat zij zelf nodig hebben om gereguleerd te blijven en wat er belangrijk is in de onderlinge band met collega's.

### ***Verantwoording van keuzes in behandeling***

Ten slotte vonden vier respondenten (1, 3, 4 en 5) dat er een betere verantwoording van bepaalde keuzes in de behandeling gegeven kan worden op het moment dat het Neurosequentiële Model van Therapie ingezet wordt. Met het NMT worden op basis van de inzichtelijk gemaakte breinontwikkeling van een kind passende interventies gekozen. De keuze voor bepaalde interventies of een bepaalde richting in een behandeling voor een kind kan volgens de verschillende respondenten (1, 3, 4 en 5) daarom beter verantwoord en verklaard worden. Zo antwoordde respondent 4 op de vraag of zij het NMT een aanvulling vindt: *'Ja, dit is een mooie manier van uitleggen, om woorden te geven aan dat wat je soms intuïtief wel aan kunt voelen.'* (4). Respondent 1 gaf aan dat het daarom ook makkelijker is om het team mee te kunnen krijgen in een bepaalde behandeling, vooral als dit veel tijd en geduld vraagt van

alle hulpverleners rondom het kind. Er kan beter uitgelegd worden waarom een bepaalde keuze in de behandeling gemaakt is, waardoor het team ook beseft dat de vele inspanningen rondom een kind wel nut hebben.

*'Maar het helpt denk ik echt om het teambreed mee te kunnen krijgen. Dit vraagt om een out-of-the-box aanpassing. Waarom (...)? Het is een lange adem, maar we gaan toch door.. en dat doen we hier en hier om. En het helpt ook voor verantwoording waarom je zeer intensieve zorg soms inzet en wanneer doe je dat dan dus niet.'* (Respondent 1).

Niet alleen helpt het NMT bij de verantwoording van keuzes in de behandeling voor jezelf en voor het team, maar ook richting ouders, zo geven vier respondenten (1, 2, 4 en 6) aan. Deze vier respondenten gaven aan dat het NMT, en met name de afbeeldingen en tekst die volgt uit de breinmap, goed kan helpen om ook aan ouders uit te leggen waarom bepaalde keuzes gemaakt worden in de behandeling van hun kind.

*'Heel vaak hebben ouders zoiets van: nou, waarom hebben ze niet vijf keer per week logopedie? Maar dat je dan kunt uitleggen: oké, wat zijn de voorwaarden? Waar moeten we eerst op insteken voordat we hier op in kunnen steken, zeg maar? (...) En wat maakt dat we ervoor kiezen om meerdere keren per dag op de schommelboot te gaan schommelen bijvoorbeeld? Ja, dus ik denk dat het mezelf ook helpt om wat woorden eraan te geven.'* (Respondent 2)

Echter, respondent 3 vond het juist wel moeilijk om de juiste woorden te vinden en dit model uit te leggen aan ouders. Het is best een ingewikkeld model en in vaktaal geschreven, aldus deze respondent, en daarom was het voor haar moeilijk om dit model uit te leggen aan ouders.

### **Conclusie**

De doelstelling van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de aansluiting van het Neurosequentiële Model van Therapie op de problematiek van de kinderen die behandeld worden binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland, vanuit het perspectief van de hulpverleners van het BEC. Vooraf was bekend dat kinderen met trauma- en/of hechtingsproblematiek vaak geen adequate hulp ontvangen. Vandaar dat het Neurosequentiële Model van Therapie, die informatie vanuit de neurowetenschap meeneemt, ontwikkeld is voor, voornamelijk, kinderen met trauma- en/of hechtingsproblematiek, zodat zij adequate hulp kunnen ontvangen (Perry & Hambrick, 2008; Perry, 2009). Het BEC van Jeugdhulp Friesland, die hulp biedt aan jonge kinderen met uiteenlopende problematiek, heeft het NMT geïntroduceerd binnen haar afdeling. Er bestond nog onduidelijkheid over het feit of het NMT aan zou sluiten bij de kinderen van het BEC, van wie een deel trauma- en/of hechtingsproblematiek heeft, maar van wie een deel ook te kampen heeft met heel andere

problematiek. Dit onderzoek trachtte te onderzoeken in hoeverre het NMT aansluit bij de doelgroep van het BEC en op welke manier het NMT een bijdrage kan leveren aan de behandeling van de kinderen uit het BEC.

Alle hulpverleners gaven aan dat er een breed scala aan problematiek bij jonge kinderen behandeld wordt binnen het BEC, waaronder veel trauma-, hechtings- en regulatieproblematiek. Dit is de problematiek waarbij alle respondenten voornamelijk het NMT zouden toepassen. Bij deze kinderen zijn de hulpverleners vaak zoekende in de behandeling en het NMT kan dan helpen om de juiste insteek van de behandeling te kiezen. We weten uit de theorie dat het NMT ontwikkeld is om kinderen met trauma- en hechtingsproblematiek adequate hulp te kunnen bieden (Perry & Hambrick, 2008; Perry, 2009). Perry & Hambrick (2008) stellen namelijk dat het NMT veel aandacht schenkt aan de traumatische en stressvolle gebeurtenissen die een kind heeft meegemaakt, waardoor aanbevelingen gedaan kunnen worden voor interventies, die op een goede manier aansluiten bij de huidige breinontwikkeling van een kind. De respondenten zien hierin de meerwaarde van het NMT. De hulpverleners gaven ook aan dat zij minder snel het NMT in zouden zetten bij kinderen met een ontwikkelingsstoornis of een ontwikkelingsachterstand op een of meerdere domeinen, omdat de lens van het NMT dan geen extra informatie oplevert volgens de respondenten. Volgens meerdere respondenten zou het NMT in principe toe te passen zijn op kinderen met dit soort problematiek. Het NMT is namelijk een lens die de breinontwikkeling van een kind helpt inzichtelijk te maken en nastreeft in interventies zo goed mogelijk aan te sluiten bij de huidige breinontwikkeling van een kind. Het NMT zou dit bij elk kind met elke soort problematiek kunnen doen (MacKinnon, 2012). Echter, het NMT is wel een lens die ontwikkeld is om de traumatische en stressvolle gebeurtenissen in het leven van een kind in kaart te brengen en inzichtelijk te maken welke invloed dit heeft op de hersenontwikkeling. Bij een kind met een ontwikkelingsstoornis of een ontwikkelingsachterstand, maar zonder duidelijk trauma, zijn er geen belangrijke gebeurtenissen aan te wijzen die de hersenontwikkeling op een negatieve manier hebben beïnvloed. Dus in deze gevallen levert de toepassing van het NMT niet altijd extra informatie op volgens de hulpverleners (Perry & Hambrick, 2008; Perry, 2009; MacKinnon, 2012).

Vanuit de theorie is bekend dat het NMT bij, met name, getraumatiseerde kinderen een bruikbare lens is die aandacht heeft voor de traumatische en stressvolle gebeurtenissen die een kind heeft moeten doormaken, waarbij inzichtelijk wordt welk effect dit trauma op de breinontwikkeling heeft gehad. Vervolgens kan ook gemakkelijk in interventies aangesloten worden op de huidige breinontwikkeling van het kind (Perry & Hambrick, 2008; Perry, 2009; Mason et al., 2020). Hierin zagen de hulpverleners ook een meerwaarde van het NMT. De respondenten gaven ook aan dat het met het NMT duidelijker wordt welk effect een trauma gehad heeft op de breinontwikkeling van een kind. Daarnaast vonden de respondenten dat er, wanneer het NMT toegepast wordt binnen de behandeling, meer gefocust wordt op stressvermindering, regulatie, het opbouwen van beschermende relaties en het creëren van een veilige omgeving voor het kind. En ook werden de respondenten er meer bewust van dat er voldoende aandacht voor het kind moet zijn. Dit hoort bij een trauma-sensitieve manier van werken bij kinderen, die

traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt (Nederlands Jeugdinstituut, 2018). Kinderen die traumatische gebeurtenissen meemaken en constant stress ervaren, kunnen zich niet optimaal ontwikkelen en lopen achterstanden op sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden op. Om kinderen weer tot optimale ontwikkeling te kunnen brengen, moet de stress bij kinderen verminderd worden (Nederlands Jeugdinstituut, 2018; Knot-Dickscheit & Knorth, 2019). Daarnaast zijn een veilige omgeving en beschermende relaties ook onmisbaar, zo bleek uit de literatuur, om kinderen te helpen hun potentieel te benutten en de schade, die toegegaan is door het meemaken van een trauma, te verminderen (Sciaraffa et al., 2018; Jones et al., 2019; Herndon & Waggoner, 2021). Ook bleek uit eerder onderzoek dat het meemaken van een trauma leidt tot een beschadiging van het vermogen tot zelfregulatie, wat inhoudt dat een kind niet op een adequate manier kan reageren op signalen uit de omgeving (Nicolai, 2008). Het is belangrijk dat er met het kind gewerkt wordt aan regulatie, waardoor het kind zichzelf leert te beheersen en leert emoties op een juiste manier te uiten (Nederlands Jeugdinstituut, 2018). Aandacht voor het kind is ook belangrijk. De focus van een behandelaar dient niet op het negatieve gedrag van het kind te liggen, maar op de oorzaak die vooraf gaat aan het negatieve gedrag van het kind. Een kind kan er namelijk niet altijd veel aan doen dat het negatief gedrag vertoont wanneer het een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt (Dotson Davis, 2019). Dit is ook waar de hulpverleners zich meer bewust van werden. Ten slotte vonden de hulpverleners van het BEC over het algemeen ook dat er een betere verantwoording van keuzes in de behandeling mogelijk is wanneer het NMT wordt toegepast, omdat de breinontwikkeling inzichtelijk is gemaakt en het daarom gemakkelijker uit te leggen is waarom bepaalde keuzes binnen de behandeling gemaakt moeten worden om een kind uiteindelijk weer tot ontwikkeling te brengen.

Kortom, binnen het BEC Jonge kind van Jeugdhulp Friesland worden kinderen met een breed scala aan problematiek behandeld. Van dit brede scala aan problematiek kan het NMT, volgens de hulpverleners van het BEC, het beste ingezet worden bij kinderen met trauma- en/of hechtingsproblematiek en ontregelingen. Hierbij zien de hulpverleners het NMT over het algemeen als een positieve aanvulling, aangezien het NMT een breder beeld geeft over een kind en kan helpen de juiste behandeling uit te stippelen voor zo'n kind, waarbij de focus ligt op aansluiting bij de huidige breinontwikkeling van een kind.

### **Discussie**

Er kleven echter ook een aantal beperkingen aan dit onderzoek. In dit kwalitatieve interviewonderzoek is ervoor gekozen om bij zes hulpverleners van het BEC Jonge kind van Jeugdhulp Friesland een semigestructureerd interview af te nemen. Een eerste beperking van dit onderzoek is dat er slechts zes respondenten zijn. In dit onderzoek zijn twee gedragswetenschappers, twee orthopedagogische begeleiders, een GZ-psycholoog en een speltherapeut geïnterviewd, die allemaal deelgenomen hebben aan de pilot door Jeugdhulp Friesland over het NMT. Dit aantal hulpverleners dat geïnterviewd is, is slechts een klein deel van het aantal daadwerkelijke hulpverleners, die werkzaam zijn

binnen het BEC. Het is dus onduidelijk of de resultaten van dit onderzoek volledig representatief zijn voor alle hulpverleners, die werkzaam zijn binnen het BEC. Met dit onderzoek is dus nog een beperkt inzicht verkregen in de toepassing van het NMT in de praktijk van het BEC, waardoor er nog niet een heel goed beeld verkregen is over de aansluiting van het NMT bij de kinderen van het BEC.

Daarnaast is er in dit onderzoek slechts een perspectief, namelijk die van de hulpverleners in het BEC, meegenomen. Dit geeft een eenzijdig beeld. Om het onderzoek sterker te maken, had ook het perspectief van bijvoorbeeld de ouders of verzorgers meegenomen kunnen worden. Ouders of verzorgers kunnen namelijk een andere visie op het NMT hebben dan de hulpverleners. Het perspectief van ouders of verzorgers ook meenemen had daarom meer informatie over de toepassing van het NMT bij de kinderen uit BEC gegeven.

Een andere tekortkoming van dit onderzoek is het feit dat er een beperkte tijd voor dit onderzoek beschikbaar was, waardoor er omwille van de tijd geen dubbele codering is gedaan. Hierdoor is de interpretatie meer afhankelijk van één onderzoeker. Hiermee is het risico op een verkeerde interpretatie van de woorden van de respondenten groter. Fouten die gemaakt zijn bij een eerste analyse van de interviews zijn hiermee ook niet hersteld bij een tweede analyse. Dit maakt dat dit onderzoek een beperkte betrouwbaarheids- en validiteitscheck heeft gekend in de codering. De betrouwbaarheid van het onderzoek had vergroot kunnen worden door de interviews meerdere malen te coderen.

Alle hulpverleners gaven in dit onderzoek aan dat ze het NMT met name toepassen bij de gebruikelijke doelgroep voor het NMT, namelijk kinderen met trauma- en hechtingsproblematiek. Zij gaven ook aan dat ze het NMT minder toepassen bij kinderen met een ontwikkelingsstoornis (als ASS of ADHD) en een ontwikkelingsachterstand. Vanuit de theorie is het NMT voornamelijk ook op kinderen met trauma- en hechtingsproblematiek gericht, maar de principes van het NMT zijn wellicht ook toepasbaar op andere doelgroepen. Het kan daarom interessant zijn om in onderzoek te kijken naar de toepassing van het Neurosequentiële Model van Therapie bij andere doelgroepen dan alleen kinderen met trauma- en hechtingsproblematiek. Daarnaast heeft dit onderzoek zich gericht op de visie van hulpverleners op het NMT. Ouders en kinderen hebben wellicht een andere visie op de toepassing van het NMT. Het kan dus ook interessant zijn om een onderzoek te richten op de visie van ouders of kinderen op de toepassing van het NMT.

De meeste respondenten van dit onderzoek gaven aan dat er binnen Jeugdhulp Friesland nog veel onduidelijkheden zijn rondom het NMT en dat de kennis ervan nog uitgebreid zou kunnen worden. De respondenten gaven aan dat het NMT nog meer uitgerold zou moeten worden in de organisatie, zodat er meer kennis en handvaten voor iedere hulpverlener beschikbaar komt. Dus binnen de organisatie Jeugdhulp Friesland zou meer informatie en handvaten over het NMT beschikbaar moeten komen. Daarnaast gaf een respondent aan dat zij het lastig vond om het NMT uit te leggen aan bijvoorbeeld ouders, dus er zou ook nagedacht kunnen worden over een goede uitleg van dit model. Dit onderzoek toont dat de hulpverleners over het algemeen positief zijn over de introductie en toepassing van het NMT bij de doelgroep van het BEC, dus na de eerste introductie zouden er stappen gemaakt moeten worden

richting de implementatie van het NMT binnen het BEC. Ook binnen soortgelijke organisaties, waarbinnen jonge kinderen met uiteenlopende problematiek, behandeld worden, zou het NMT geïntroduceerd en uiteindelijk geïmplementeerd kunnen worden.

## Literatuurlijst

- Alink, L., Prevo, M., van Berkel, S., Linting, M., Klein Velderman, M. & Pannebakker, F. (2018). *NPM 2017: Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en Jeugdigen*. Leiden: Universiteit Leiden en TNO.
- Barfield, S., Dobson, C., Perry, B. D., & Gaskill, R. (2012). Neurosequential model of therapeutics in a therapeutic preschool: implications for work with children with complex neuropsychiatric problems. *International Journal of Play Therapy*, 21(1), 30–44. <https://doi.org/10.1037/a0025955>.
- Boeije, H. (2002). A Purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of Qualitative Interviews. *Quality & Quantity*, 36 (2002), 391-409.
- Daamen, W. & Ince, D. (2014). Wat werkt bij het bevorderen van een positieve ontwikkeling van jeugdigen? *Nederlands Jeugdinstuut*.
- Dotson Davis, L. (2019). Implications of Trauma-Sensitive Practices at the Middle Level. *Middle Grades Review*, 5(1).
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological bulletin*, 139(6), 1342.
- Hansen, L. (2011). Evaluating a sensorimotor intervention for children who have experienced trauma: A pilot study (Unpublished masters thesis). Illinois Wesleyan University, Bloomington.
- Helping Children and Youth Who Have Experienced Traumatic Events. National Children's Mental Health Awareness Day--May 3, 2011. HHS Publication Number SMA-11-4642. (2011). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.
- Herndon, M., & Waggoner, C. (2021). Building Resilience: Reducing the Impact of Adverse Childhood Experiences. *Dimensions of Early Childhood*, 49(1), 28–33.
- Ippen, C. G., Harris, W. W., Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and Stressful Events in Early Childhood: Can Treatment Help Those at Highest Risk? *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 35(7), 504–513.
- Jones, G. G., Smith, K. A., & Smith, V. D. (2019). A Policy Analysis of State Policies and Guidelines for Trauma Informed School Practices Implementation [ProQuest LLC]. *In ProQuest LLC*.
- Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (Eds.). (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen : theorie en praktijk*. Lemniscaat.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2015). *Fundamentals of human neuropsychology* (Seventh). Worth Publishers, a Macmillian Education Imprint.
- Long, E. (2022). The Future of Pastoral Care in Schools: Exploring Whole-School Trauma-Informed Approaches. *Pastoral Care in Education*, 40(3), 342–351.
- MacKinnon, L. (2012). The neurosequential model of therapeutics: an interview with bruce perry. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(3), 210–218.

- Mason, C., Kelly, B. L., & McConchie, V. (2020). Including Neuroscience in Social Work Education: Introducing Graduate Students to the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Teaching in Social Work, 40*(4), 352–371.
- Nederlands Jeugdinstituut (2018). Hoe begeleid je kinderen en jongeren met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties? Handvatten voor jeugdprofessionals en pleeg- en gezinshuisouders. *Nederlands Jeugdinstituut*.
- Nicolai, N. (2008). Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering. *Tijdschrift voor psychotherapie, 6*, 431-449.
- Perry, B. D. (2009). Examining Child Maltreatment through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma, 14*(4), 240–255.
- Perry, B. D., & Hambrick, E. P. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics. *Reclaiming Children and Youth, 17*(3), 38–43.
- Perry, B. D., Szalavitz, M., & Ruijs, M.-C. (2007). *De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit de praktijk van een kinderpsychiater* (Ser. Scriptum psychologie). Scriptum.
- Sciaraffa, M. A., Zeanah, P. D., & Zeanah, C. H. (2018). Understanding and Promoting Resilience in the Context of Adverse Childhood Experiences. *Early Childhood Education Journal, 46*(3), 343–353.
- Segal, A., & Collin-Vézina, D. (2019). Impact of Adverse Childhood Experiences on Language Skills and Promising School Interventions. *Canadian Journal of School Psychology, 34*(4), 317–322.
- Vandermeulen, J. A. M., Derix, M. M. A., & Dijke, A. van (Eds.). (2019). *De rol van neuropsychologie bij psychotherapie: praktische toepassingen voor de klinische praktijk*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Walter, S. L. (2016). The Neurosequential Model in Education and School Improvement. In Online Submission. Online Submission.

## **Bijlage I**

### ***Interviewleidraad***

Welke functie heeft u binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind?

Waar krijgen kinderen en ouders hulp voor binnen het Behandel- en Expertisecentrum Jonge kind van Jeugdhulp Friesland?

Welke problemen bij kinderen en ouders komen het vaakst voor binnen het BEC?

In welk gedrag uiteten die problemen zich? En verschilt dit per leeftijd? Zo ja, welke problemen worden vaker gezien bij de oudere kinderen (+ 3 jaar) en welke problemen worden vaker gezien bij de jongere kinderen (- 3 jaar)?

Worden de oorzaken van de problemen ook uitgezocht? Zo ja, wat zijn de belangrijkste oorzaken van de problematiek?

Wat weet u over het NMT-model? En zet u het model ook al in?

Welke kinderen met welk soort problematiek zouden in aanmerking komen voor een behandeling vanuit het perspectief van het NMT?

Welke kinderen met welk soort problematiek zouden niet in aanmerking komen voor een behandeling vanuit het perspectief van het NMT?

Bij welk soort problematiek wordt het snelst het NMT ingezet?

Hoe wordt een behandeling vanuit de lens van het NMT vormgegeven?

Hoe verschilt een behandeling met de lens van het NMT van een behandeling zonder de lens van het NMT?

Zou het NMT aansluiten bij een behandeling die u voor een kind uitstippelt? (Ook voorbeelden noemen van aansluiting van NMT bij problematiek die het vaakst voorkomt?)

Heeft u zelf nog aanvullingen of dingen die u nog wilt zeggen?